

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

12

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Fanny BLEU

Née à Paris, le 29 juillet 1900

SUR

L'HIPPOCRATISME DIGITAL

DANS LES

ENDOCARDITES INFECTIEUSES

Président : M. P. CARNOT, professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Fanny BLEU

Née à Paris, le 29 juillet 1900

SUR

L'HIPPOCRATISME DIGITAL

DANS LES

ENDOCARDITES INFECTIEUSES

Président : M. P. CARNOT, professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

..... PARIS, 1930



DOYEN... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHIERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELbet.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILÉAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BINET Physiologie.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCCQ . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZÉLOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 MILLOT. . . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT. . . . Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI . . . Clinique médicale.
 CHIRAY . . . Clinique médicale.
 DEBRÉ . . . Clinique médicale.
 DUVOIR . . . Clinique médicale.
 FIESSINGER . . Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique méd.
 LÉRI . . . Clinique médicale.
 AUVRAY . . . Clinique chirurgicale.
 BASSET . . Clinique chirurgicale.

MM.

CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.
 MATHIEU . . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT . . . Clinique chirurgicale.
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER . . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL . Clinique obstétricale.
 METZGER . . . Clinique obstétricale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDOUX-LEBARD	
WEILL-HALLÉ	

Stomatologie.
 Education physique
 Radiologie clinique
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR PAUL HARVIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et guidé de ses conseils.
En témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine
de Paris

*Qui a bien voulu me faire l'hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

*En témoignage de ma recon-
naissance.*

SUR L'HIPPOCRATISME DIGITAL

DANS LES
ENDOCARDITES INFECTIEUSES

INTRODUCTION

Les doigts hippocratiques ont de tout temps intéressé les médecins. Pigeaux, en 1822, fait à leur sujet une bonne étude. Trousseau les décrit dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* de 1834, il compare une main normale à une main hippocratique : « Lorsqu'on examine dans son ensemble la main hippocratique, on est frappé sur-le-champ de la forme moussue de l'extrémité des doigts, la dernière phalange est plus courte, plus large, arrondie en massue. Dans l'autre main, au contraire, la dernière phalange est étroite, longue et mince. Vu en arrière, le doigt régulier représente assez bien un cylindre qui va en diminuant de diamètre jusqu'à l'extrémité de l'ongle, mais cette disposition n'existe pas dans le doigt hippocratique, le cylindre diminue comme dans l'autre cas de la base du doigt à l'extrémité de la deuxième phalange, mais, arrivé là, il grossit de nouveau jusqu'au milieu de la dernière phalange pour se terminer en un bout arrondi. »

Esbach, dans sa thèse, parue en 1876, donne l'anatomie pathologique de la déformation :

« Le doigt hippocratique est tel que le derme sous-unguéal, s'hypertrophiant vers le milieu de sa longueur, la courbure longitudinale de l'ongle s'exagère, l'ongle semble soulevé vers sa racine, abaissé à son bord libre. La dilatation veineuse augmente la vascularisation des phalangettes et la pulpe est hypertrophiée. »

Il signale la disparition de la lunule, la présence de rayures longitudinales sur l'ongle dont l'épaisseur est toujours moindre qu'à l'état normal.

En 1890, Pierre Marie étudie « une déformation spéciale des doigts dans laquelle les parties molles n'étaient pas seules en cause, mais la déformation était due, en partie, à l'augmentation de volume de l'os sous-jacent » ; elle reçoit le nom d'ostéopathie hypertrophiante pneumique. La séparation nette entre l'ostéopathie hypertrophiante pneumique et l'hippocratisme digital est établie après un travail de Besançon et de Jong » (*Archives générales de Médecine*, 1904).

L'hippocratisme digital apparaît dans certaines maladies. Pour Trousseau, tous ceux qui ont la main hippocratique sont tuberculeux et la forme hippocratique est d'autant plus prononcée que la tuberculose existe depuis plus longtemps. Elle est uniquement propre aux tuberculeux. Il en fait un signe de pronostic fort grave.

Esbach signale la forme hippocratique des doigts

dans les maladies à évolution lente, tuberculeuses ou non : les affections cardiaques, l'emphysème, la chlorose, les suppurations lentes, le mal de Bright, les affections chroniques de l'utérus, la cachexie palustre. Pour lui, dans l'immense majorité des cas, l'hippocratisme est un signe de cachexie de pronostic extrêmement fâcheux.

L'hippocratisme digital se voit surtout dans les maladies de l'appareil respiratoire, il n'est pas rare dans celle de l'appareil circulatoire, il a été signalé depuis longtemps dans la cyanose par malformation congénitale. Toute gêne circulatoire à la périphérie, qu'elle soit d'origine cardiaque ou pulmonaire, semble pouvoir donner naissance à la malformation.

En 1901, M. Bécère publie l'observation d'un malade chez lequel, il s'agissait de déformations hippocratiques des doigts d'une seule main, du même côté existait un anévrysme de l'artère sous-clavière qui avait provoqué une gêne circulatoire au niveau du membre.

M. Souques a observé une femme chez qui coexistaient déformations digitales des doigts d'une seule main et varices du membre supérieur correspondant. Il ne voit pas là une simple coïncidence.

* * *

Les doigts hippocratiques ne sont entrés dans la symptomatologie des endocardites infectieuses que depuis quelques années.

Dans une communication faite à la Société Médicale des hôpitaux de Lyon, le 25 juin 1921, MM. Gallavardin et Langeron ont signalé, pour la première fois, la présence de l'hippocratisme digital dans l'endocardite maligne à évolution lente.

Depuis cette époque, les cliniciens ont relaté plusieurs observations de malades qui, atteints d'hippocratisme digital, sont morts d'endocardite lente.

Nous voudrions montrer, dans notre thèse, par deux observations recueillies à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Harvier que les doigts hippocratiques n'appartiennent pas qu'à l'endocardite maligne à forme lente ; on peut les observer dans les endocardites malignes aiguës, et dans les endocardites subaiguës ou lentes, provoquées pas d'autres germes que le streptocoque.

Ce symptôme n'est pas qu'une simple curiosité clinique. Il présente une grande valeur sémiologique sur laquelle M. Gallavardin, lui-même, a déjà insisté à propos de l'endocardite lente. Nous nous proposons de montrer, en rapportant deux observations, dont l'une a été recueillie dans le service de M. Harvier, comment la constatation de l'hippocratisme digital peut aider au diagnostic de certaines formes plus ou moins masquées d'endocardite lente.

CHAPITRE PREMIER

L'HIPPOCRATISME DIGITAL DANS L'ENDOCARDITE LENTE

M. Gallavardin, le premier, a remarqué la présence de l'hippocratisme digital dans l'endocardite lente.

Avant lui, l'endocardite infectieuse n'a jamais été citée comme cause de déformation des doigts. Cette déformation était passée inaperçue et ce fait est d'autant plus curieux que l'attention était attirée depuis longtemps dans cette maladie, vers les extrémités digitales, par Osler.

M. Gallavardin a inspiré la thèse de Molines écrite en 1921. On y lit : « Chaque fois que nous avons vu des affections cardiaques signalées comme cause de doigts hippocratiques, où nous n'avons pu trouver d'observations et par là définir quelle était exactement cette affection cardiaque, ou, si nous avons trouvé une observation, elle se rapportait presque toujours à des affections congénitales accompagnées de cyanose, soit de rétrécissement de l'artère pulmonaire, soit de communications anormales. »

Dans la thèse de Molines, se trouvent réunies quatre observations de malades qui, atteints d'endocardite à forme prolongée ont présenté en même temps, la déformation digitale qui nous occupe.

Voici les quatre observations résumées :

I. F..., âgé de 25 ans, a eu, il y a trois ans, une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, suivie de rechutes. Il présente des signes d'endocardite chronique : insuffisance aortique, double lésion mitrale. Il entre pour état subasystolique avec poussées fébriles discrètes et manifestations emboliques qui font penser à une endocardite infectieuse à forme prolongée, greffée sur d'anciennes lésions valvulaires. Pas d'hémoculture.

Endocardite ulcéro-végétante vérifiée à l'autopsie.

Pendant son séjour à l'hôpital, on constata la présence de doigts hippocratiques des plus nets, à tous les doigts des deux mains.

II. S..., âgé de 39 ans, a eu, à l'âge de 15 ans, une poussée de rhumatisme qui lui a laissé une lésion endocarditique constatée depuis plusieurs années : double lésion aortique, double lésion mitrale.

Il entre à l'hôpital avec des signes d'endocardite infectieuse lente : face pâle, élévation thermique, rate tuméfiée, embolie récente dans le mollet gauche. On constate chez lui, une déformation typique des phalangettes, en baguette de tambour. Le malade prétend que cette déformation se serait installée depuis trois mois seulement, c'est-à-dire, depuis sa poussée d'endocardite infectieuse surajoutée.

III. F... Malade de 35 ans, suivie dans le service de M. Gallavardin, présente une lésion mitro-aortique typique : rétrécissement mitral et insuffisance aortique qui date d'un rhumatisme apparu, il y a sept ans.

Entrée à l'hôpital pour dyspnée, amaigrissement, léger état fébrile, on note l'état général des doigts : doigts en baguette de tambour typiques, déformation très nette à tous les doigts des deux mains. Le diagnostic d'endocardite infectieuse se vérifie, de plus en plus : rate grosse, pâleur, urines légèrement hématuriques.

Un peu avant sa mort, la malade prend une hémiplegie droite complète avec aphasie, par embolie cérébrale.

A l'autopsie : Endocardite infectieuse végétante et absence de tuberculose.

IV. Il s'agit d'un malade de dix-neuf ans, dans les antécédents duquel, on ne trouve qu'une angine à l'origine de l'endocardite infectieuse avec double lésion d'insuffisance mitrale et aortique dont il est porteur. On remarque la pâleur des téguments et les doigts légèrement hippocratiques.

*
* *

Depuis les observations de M. Gallavardin, ce signe a été noté par différents auteurs, au cours des endocardites.

En 1922, paraît dans le *Lyon Médical* une observation de MM. Martin et Bocca, recueillie dans le service du professeur Teissier, sur l'endocardite infectieuse et les doigts hippocratiques.

V..., domestique de vingt et un ans, entrée en salle le vingt et un août, pour dyspnée et troubles gastro-intestinaux datant de deux mois, a eu, à dix-huit ans une poussée rhu-

matismale monoarticulaire du genou droit. Aucune lésion cardiaque n'est constatée à ce moment. Cependant la dyspnée d'effort s'installe progressivement chez elle.

A l'entrée, état subasystolique, cyanose, dyspnée, léger œdème malléolaire, gros foie dur, douloureux, rate non perçue. Cœur tachyarythmique. Pointe dans le sixième espace, double frémissement systolique et présystolique. A l'auscultation, signes nets d'insuffisance et de rétrécissement mitral. Dès l'entrée, l'attention est attirée par la pâleur de la malade, par sa température aux environs de 38°, par la déformation des doigts et des ongles. Pas d'hypertrophie splénique. Après alternatives passagères d'amélioration et d'aggravation la malade succombe le 12 décembre 1921.

Autopsie. — Cœur gros 530 grammes. Oreillette gauche hypertrophiée, dilatée. Orifice mitral induré, quelques végétations récentes de petite taille sur le bord libre des deux valves de la mitrale ainsi que sur la face axiale des valvules sigmoïdes aortiques et enfin, sur les valves de la tricuspide, végétations groupées en semis, rouges, saignotantes, peu saillantes, friables, qui traduisent une poussée récente d'endocardite végétante.

Rate de 300 grammes, dure, gorgée de sang; sans infarctus. Foie muscade, ascite modérée. Reins avec cicatrices multiples d'infarctus anciens. Poumons normaux, pas de lésions tuberculeuses anciennes ou récentes.

En résumé, Maladie mitrale, d'origine rhumatismale, datant de deux ans. Poussée d'endocardite infectieuse évoluant depuis six mois, avec déterminations mitrale, aortique et tricuspidiennne.

Hypertrophie splénique. Doigts hippocratiques. L'hippocratisme, peut-être antérieur à la poussée aiguë, la malade n'a pu préciser, a manifestement augmenté pendant les six derniers mois de la vie, alors qu'existait, par ailleurs, l'endocardite lente.

Cette observation, où l'autopsie fournit la preuve anatomique de la nature infectieuse de la poussée d'endocardite qui a enlevé la malade, vient après les quatre cas de Molines, établir la coexistence de l'endocardite lente et de l'hippocratisme digital.

En 1923, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le professeur Hatzieganu fait paraître un article intitulé *Le signe des doigts hippocratiques dans les endocardites lentes et dans les endocardites récidivantes à forme prolongée*. Il relate huit cas, vus en deux ans, de malades ayant eu à la fois une cardiopathie et les doigts déformés. Les voici :

I. S. F..., homme de vingt-huit ans. Rhumatisme polyarticulaire à 26 ans. Depuis deux ans, dyspnée d'effort, depuis sept mois, dyspnée permanente, il tousse beaucoup.

Examen clinique. — Double souffle au foyer aortique.

Foie asystolique. Rate tuméfiée, dépassant de deux travers de doigt les fausses côtes. Température 37°-38°2. Observé trois semaines. Doigts hippocratiques manifestes. Insuffisance aortique. Endocardite récidivante.

II. M..., homme de quarante ans. Malade depuis cinq mois, dyspnée, toux, fièvre. Double souffle aortique. Souffle présystolique mitral. Foie tuméfié. Rate à peine palpable.

Doigts hippocratiques prononcés. Observé deux semaines.

Autopsie. — Endocardite ulcéreuse, greffée sur une lésion ancienne. Insuffisance aortique. Sténose mitrale. Endocardite récidivante.

III. P. S..., homme de vingt-trois ans. Rhumatisme polyarticulaire. Malade depuis cinq mois : dyspnée, fièvre, souffle systolique mitral. Foie et rate dépassent de trois doigts les fausses côtes. Température 37° 38°. Doigts hippocratiques bien nets. Observé trois semaines. Le malade quitte l'hôpital.

Insuffisance mitrale. Endocardite récidivante.

IV. R. S..., homme de vingt-huit ans. A treize ans, rhumatisme polyarticulaire. Malade depuis trois mois. Hémoptysie.

Examen physique. — Asystolie. Souffle systolique dans la région apexienne, les dimensions de la matité cardiaque sont augmentées dans le sens vertical. Choc apexien dans le sixième espace intercostal. Foie tuméfié. Rate palpable. Température 37°-37°9. Hémoculture négative. Doigts hippocratiques manifestes. Observé trois semaines. Il succombe.

Insuffisance mitrale. Endocardite récidivante.

Diagnostic anatomo-pathologique. Endocardite récidivante mitrale et auriculaire, hépato et splénomégalie.

V. L. J..., homme de quarante et un ans. Antécédents, sans importance. Une année auparavant, aphasie à installation brusque qui disparaît en quelques jours. Depuis deux mois : dyspnée, palpitations.

Examen. — Dyspnée, cyanose, œdème léger des jambes,

long souffle systolique dans la région apexienne. Le foie dépasse les fausses côtes de cinq, la rate de deux doigts. Température 37° à 38°. Wassermann positif. Polynucléose. Doigts hippocratiques nets. Observé quatre semaines. Le malade contracte une pneumonie, succombe en trois jours.

Endocardite récidivante à forme végétante mitrale et auriculaire. Insuffisance mitrale. Hépato et splénomégalie.

VI. G. W..., homme de quarante ans. A trente ans, rhumatisme articulaire. Depuis quatre ans dyspnée, d'effort palpitations. Fièvre depuis trois mois.

Examen. — Pâleur à nuance jaunâtre. Subictère léger des sclérotiques. Œdème blanc des jambes. Souffle systolique apexien, diastolique, au foyer aortique. Pouls bondissant. Foie et rate dépassant de deux travers de doigt les fausses côtes. Globules rouges 3.000.000 ; leucocytes 5.000 ; Wassermann négatif. Urines albumineuses. Doigts hippocratiques manifestes. Les ongles surtout présentent la forme de bec de perroquet avec stries transversales. Température 36°8-38°. Le malade succombe avec symptômes d'insuffisance cardiaque.

Insuffisance aortique, insuffisance et sténose mitrale. Endocardite à forme lente.

Autopsie. — Endocardite mitro-aortique "récidivante à forme ulcéralive, hépato et splénomégalie. Altérations inflammatoires glomérulo-tubulaires.

VII. C. J..., homme de dix-huit ans. Malade depuis sept mois. Dyspnée d'effort, toux, palpitations, vertiges.

Examen. — Pâleur, bouffissure de la face, œdème blanc des extrémités. Souffle et frémissement systolique au foyer

de l'aorte. Pouls petit, dur. Le foie dépasse de trois, la rate de cinq doigts le bord des fausses côtes. Urines hémorragiques. Température 37°-38°. Wassermann positif.

Sténose aortique. Endocardite lente.

VIII. J. M..., homme de trente ans. Symptômes d'endocardite mitro-aortique. Doigts hippocratiques.

Pour l'auteur, la constatation de doigts hippocratiques chez un cardiaque indiquerait que la lésion cardiaque s'est compliquée d'un état infectieux à évolution lente.

La même année, Boucher publie sa thèse, intitulée : *Contribution à l'étude de l'endocardite maligne rhumatismale à forme prolongée* (Thèse de Paris, 1923).

Son observation concerne une jeune femme de vingt-sept ans, ayant eu dans son passé plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu, entrée à la Charité, le 11 décembre 1922 pour douleurs articulaires et dyspnée d'effort.

L'examen montre la pâleur du visage, l'amaigrissement. Au cœur, un frémissement cataire systolique, un gros souffle holosystolique de la pointe, en jet de vapeur, se propageant vers l'aisselle et pouvant s'entendre dans l'espace interscapulo-vertébral, un claquement du deuxième bruit, à la base.

A l'abdomen, du gargouillement dans la fosse iliaque droite, une rate peu perceptible, des articulations douloureuses, au niveau des tibio-tarsiennes, du genou droit et des mains.

Les doigts hippocratiques sont notés.

L'hémoculture pratiquée à différentes reprises reste constamment négative.

La température depuis le vingt-trois décembre se maintient entre 38° et 38°2. A l'inspection, on constate, sous forme de points violacés de la grosseur d'une tête d'épingle à un pois, de petites embolies capillaires situées à la face palmaire de la deuxième phalange du médius gauche, de la dernière phalange du pouce gauche et de la phalangette de l'auriculaire droit.

Le 17 janvier, hémiphégie droite avec aphasie.

Déviatiun faciale.

Le 18 janvier, déviation conjugnée de la tête et des yeux à gauche. Incontinence des urines et des matières.

Le 9 février, raideur de la nuque. Ebauche du signe de Kernig. Respiration stertoreuse.

Le 19 février, perte de connaissance. Cheyne-Stokes. Escarres multiples du siège. Exitus.

Autopsie. — Au cœur, nombreuses végétations mitrales de toutes les dimensions. Gros cœur avec hypertrophie du ventricule gauche. Grosses lésions mitrales surtout végétantes, sans lésion des piliers et sans ulcération apparente.

Poumons : à gauche : volumineux infarctus sous-pleural récent.

Rate : Infarctus ancien.

Rein gauche : Infarctus sous-capsulaire.

Cerveau : Ramollissement étendu à la face externe de l'hémisphère gauche, lobe frontal.

MM. Bonnamour et Delore publient dans le *Lyon médical*, 1924, l'observation suivante :

Endocardite infectieuse subaiguë, probablement d'origine dentaire (pyorrhée alvéolo-dentaire). Anurie terminale prolongée.

Il s'agit d'un sujet de vingt-six ans, n'ayant eu aucun antécédent pathologique spécial, sauf des troubles dentaires. Mobilisé en 1916, il avait été hospitalisé, de suite, pour sa dentition.

En 1917, il est évacué, on lui trouve des abcès dentaires, on lui arrache plusieurs dents, on lui met un dentier.

Il commence à tomber malade en août 1923, il a des frissons, de l'arthralgie aux genoux, aux épaules, il maigrit.

A la fin d'octobre, un matin au réveil, il ressent de la douleur à la jambe gauche, il constate que celle-ci est enflée ainsi que le pied. Son médecin remarque des taches purpuriques sur la jambe, de l'albuminurie et une température entre 38° et 38°6.

Il arrive dans le service nous notons :

Pâleur, fièvre à 38, au cœur, frémissement systolique de la pointe avec souffle systolique musical se propageant vers les vaisseaux du cou. Souffle diastolique, doux à gauche et à droite du sternum dans le deuxième espace, se retrouvant sous la clavicule droite. En somme, insuffisance et rétrécissement aortiques.

Grosse rate. Urines rares, rougeâtres, avec beaucoup d'albumine. A la cytologie : nombreux globules rouges, cylindres hématiques et granuleux. Grosse déformation des ongles qui sont incurvés.

Pyorrhée alvéolo-dentaire très étendue.

En présence de ces signes d'endocardite infectieuse, nous

cherchons un foyer d'infection comme point de départ, nous ne trouvons que des lésions dentaires.

Des radiographies des mâchoires sont faites, elles montrent des altérations très marquées de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Le malade est confié au dentiste, le Dr Vichot, qui commence à mettre la bouche en état.

Trois hémocultures sont faites, successivement, dans l'espoir d'une vaccination, elles restent stériles. On pratique une culture du pus buccal, il pousse presque uniquement du streptocoque.

De nouveaux phénomènes apparaissent. La température s'élève, oscille entre 38° et 39°. Au cœur, les signes de rétrécissement aortique s'atténuent. La rate augmente de volume, se présente sur trois travers de doigt.

Au début de décembre, le syndrome urinaire s'aggrave au point de dominer la scène clinique. Les urines tombent à 300 cmc. par vingt-quatre heures, une hématurie presque pure se manifeste ; le lendemain, huit décembre, s'installe une anurie totale, vérifiée par le sondage vésical ; il s'agit d'une anurie absolue qui se prolonge huit jours. Pendant cette période, le malade est d'une pâleur, d'une asthénie extrêmes, il est en proie à une hyperesthésie, à une anxiété frappantes. Son poids augmente, sans que l'œdème soit apparent. Il vomit de temps en temps. La température baisse à 36°. L'urémie est de 3 gr. 18 le 17 décembre.

Le 25 l'état est très grave, le malade est inerte, la face bouffie, les pieds œdématisés ; une épistaxis très abondante survient.

Le 26, la mort arrive, au milieu de l'anasarque et de la dyspnée.

Autopsie. — Un épanchement pleural, bilatéral, hémorragique de chaque côté.

Un cœur gros dilaté pesant 480 gr., sans lésion mitrale avec de l'insuffisance aortique à l'épreuve de l'eau et des lésions très accentuées de l'orifice aortique.

La valvule sigmoïde postérieure est occupée par une végétation en chou-fleur ; au-dessous, siège une perforation de huit millimètres de large, entourée de végétations. Au niveau des deux autres sigmoïdes, la cloison intervalvulaire a disparu ; la sigmoïde droite porte sur son bord un gros bourrelet végétant, la sigmoïde gauche présente sur sa face ventriculaire une dilatation anévrysmale de la grosseur d'une bille.

Le foie est énorme, il pèse 2.400 gr. type cardiaque.

La rate, aspect cardiaque, pèse 520 gr.

Les reins 390 gr. chacun, ont un aspect de néphrite aiguë, deux ou trois litres d'ascite citrins.

En résumé. — Endocardite infectieuse subaiguë, ayant évolué en cinq mois, caractérisée cliniquement par des signes de néphrite (albuminurie, hématuries, anurie prolongée, anasarque, urémie) présence de doigts hypocratiques et anatomiquement par des lésions ulcéro-végétantes des sigmoïdes aortiques et des lésions de néphrite aiguë.

MM. Gallavardin et Gravier communiquent, dans le *Lyon médical*, 1928, une observation d'endocardite infectieuse greffée sur une cardiopathie mitro-aortique avec syndrome de néphrite aiguë au cours de

laquelle, ils ont noté un certain degré d'hypocratisme des doigts.

D. J..., trente-quatre ans, entre dans le service, le 7 avril 1925, se plaignant de faiblesses, de vertiges, de dyspnée avec toux, tous malaises qui se sont lentement développés depuis quatre ans, au moins.

Pas la moindre maladie jusqu'à 1919 où, pendant quinze jours, il eut quelques douleurs articulaires au niveau des genoux et des pieds, mais depuis, assez fréquentes poussées douloureuses de deux ou trois jours au plus.

A l'entrée, on dicte la note suivante. Il n'est pas douteux que le malade présente un syndrome d'endocardite infectieuse avec néphrite aiguë. S'accompagnant, en effet, d'une très grosse rate et d'un certain degré d'hypocratisme des doigts, existe une cardiopathie mitro-aortique : double lésion aortique avec souffles systolique et diastolique, frémissement systolique léger ; lésion mitrale probable, car dans la région de la pointe apparaît assez brusquement un bruit présystolique roulant assez prolongé, suivi d'un léger souffle systolique, dont le sépare le premier bruit.

La néphrite aiguë est typique, elle se traduit par des urines foncées, hématuriques, très albumineuses et un œdème modéré.

Le malade resta onze mois dans le service, jusqu'à sa mort qui survint le 23 février 1926.

A cause de l'existence d'un gros foie et d'un éthylysme accusé, on discuta, un moment, l'hypothèse d'une cirrhose, mais ce fut pour l'éliminer.

Les symptômes de néphrite s'améliorèrent lentement, les

urines reprirent une clarté presque normale, les œdèmes disparurent avec le régime, l'urée sanguine tomba de 1 gr. 20 en mai à 0 gr. 30 en juin. Mais dans la suite, des poussées hématuriques survinrent, à diverses reprises et les urines restèrent troubles et albumineuses.

La température resta entre 37° et 38° jusqu'en octobre, où elle se mit à osciller désormais entre 38° et 39° avec quelques rares clochers à 40°.

Une hémoculture fut négative en mai et donna en novembre du streptocoque.

La mort survint pendant la nuit assez brusquement.

L'état général s'étant progressivement altéré et le malade ayant présenté une abolition presque complète de la vision de l'œil droit, par embolie de l'artère centrale de la rétine.

Autopsie. — Le diagnostic porté pendant la vie fut vérifié.

Grosse endocardite végétante sur endocardite aortique ancienne. Végétations également sur la mitrale, surtout sur la face externe de la grande valve.

Rate volumineuse de 700 grammes.

Les deux reins volumineux avec cicatrices d'infarctus.

Trois fragments des reins ont été prélevés, ils ont montré les lésions d'infarctus nettement dominantes avec zones de réaction interstitielle, élargissement des espaces conjonctifs, points inflammatoires discrets péri-vasculaires; vaisseaux, dans l'ensemble, augmentés de volume. Lésions glomérulaires plus ou moins importantes, lésions tubulaires minimes.

CHAPITRE II

L'HIPPOCRATISME DIGITAL DANS LES ENDOCARDITES AIGÜES NON STREPTOCOCCIQUES

Jusqu'ici, les doigts hippocratiques n'ont été observés que dans les endocardites infectieuses à marche lente, dans les endocardites à forme prolongée.

Pour Hatzieganu, « les doigts hippocratiques font défaut dans les endocardites aiguës, malignes ou bénignes ».

Or précisément, nous voudrions montrer ici que l'hippocratisme digital peut s'observer aussi dans l'endocardite aiguë maligne.

OBSERVATION I, recueillie dans le service de M. Harvier. *Endocardite ulcéro-végétante dont l'évolution n'a guère dépassé un mois. Hémoculture négative, hippocratisme digital.*

Slob..., trente et un ans, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Harvier le 30 mars 1929. C'est un homme vigoureux musclé, au teint coloré, exerçant la profession de cultivateur. Il est malade depuis quinze jours seulement. L'affection a débuté par une dyspnée d'effort, des palpita-

tions, des douleurs constrictives de la région précordiale. En même temps, une asthénie considérable l'obligea à cesser son travail et à garder le lit. Le 29 mars, un œdème blanc, mou des membres inférieurs fit son apparition et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Aucune maladie antérieure, à part une rougeole dans l'enfance. Ni rhumatisme, ni chorée, ni angine. Aucun antécédent familial particulier.

La température est à 38°, le pouls à 100, régulier, bondissant. La pointe du cœur bat dans le sixième espace en dehors de la ligne mamelonnaire. Un frémissement cataire est perçu à la pointe. L'auscultation y décele un souffle systolique piaulant, se propageant vers l'aisselle, précédé d'un roulement diastolique. A la base, on perçoit un souffle doux, holo-diastolique d'insuffisance aortique. Pas d'arythmie. Tension artérielle 15-3. Danse artérielle au niveau du cou. Pouls capillaire.

Double souffle crural.

Le foie, augmenté de volume, indolore, déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

La rate est grosse, facilement perceptible au palper. A la base du poumon droit, matité, diminution des vibrations, du murmure vésiculaire. La ponction exploratrice ramène un liquide clair à formule endothéliale, à Rivalta négatif. Dyspnée marquée, sans toux, ni expectoration.

Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème mou et blanc surtout marqué aux régions malléolaires.

On note un hippocratisme digital très net au niveau des membres supérieurs. Par contre, les orteils sont normaux.

Aucun trouble objectif du système nerveux.

Les urines sont foncées, peu abondantes, ne renferment ni sucre, ni albumine. L'examen du culot de centrifugation décèle de nombreuses hématies, une égale quantité de cellules et de polynucléaires. Des cocci à Gram négatif, disposés en amas et en tétrades. L'ensemencement sur bouillon décèle la présence de staphylocoques.

Examen du sang. — Globules rouges 4.900.000, globules blancs 5.050, hémoglobine, 70 p. 100, polynucléaires 70, moyens monos 6, grands monos 21, lymphocytes 3, éosinocytes 0.

Azotémie 0,75 p. 1.000. Bordet-Wassermann négatif.

Plusieurs hémocultures, pratiquées le 31 mars, le 4 avril, le 10 avril, le 15 et le 16, sont négatives.

La situation reste inchangée jusqu'au 14 avril. La température est irrégulière, tombe au-dessous de la normale un jour ou deux, puis remonte sans dépasser 38°. L'état général s'aggrave chaque jour. La médication salicylée à hautes doses reste inefficace. L'œdème augmente progressivement.

Le 14 avril, apparaît une plaque érysipélateuse rouge, uniforme qui, partant de l'aile du nez à gauche, envahit les fosses nasales, la joue gauche puis la joue droite. La température oscille entre 39° et 40°. La malade succombe le 17 avril au matin.

Autopsie. — Néoformations ulcéro-végétantes siégeant sur le bord libre de la mitrale et sur les trois valvules aortiques. Cœur mou, flasque. Epanchement péricardique séro-hémorragique. Foie gros du type infectieux. Rate grosse molle, lymphoïde. Reins augmentés de volume, présentant de nombreux petits infarctus dans la région des pyramides.

Congestion œdémateuse des bases sans infarctus. Pas de tuberculose, ni de dilatation des bronches.

En somme, il s'agit d'une endocardite infectieuse, survenue en pleine santé, chez un sujet jeune, sans antécédents pathologiques. Ni la porte d'entrée de l'infection cardiaque, ni la nature bactériologique de celle-ci n'ont pu être précisées, mais on peut affirmer par l'évolution et par les constatations anatomiques qu'il s'agissait d'une endocardite aiguë du type Jaccoud et non d'une endocardite lente du type Osler.

Et cependant, on notait l'existence de déformations hippocratiques des doigts, sans qu'on puisse invoquer à leur origine d'autre cause que la lésion endocarditique.

Voici une observation d'endocardite subaiguë ou lente, dans laquelle l'hémoculture, faite à trois reprises, a permis de mettre en évidence le tétragène.

OBSERVATION II, recueillie dans le service de M. Harvier. Guil... René, quarante-cinq ans, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Harvier, le 21 octobre 1929.

Le début de sa maladie remonte au mois de mai de cette même année et se marque par un épisode gastro-intestinal : douleurs abdominales accompagnées de diarrhée (trois à quatre selles liquides par jour) et de vomissements bilieux survenant de temps à autre, le matin à jeun. Ces accidents persistent pendant cinq semaines, le malade maigrit de onze kilogrammes, perd l'appétit et doit abandonner son travail.

Un séjour d'un mois à la campagne n'améliore pas son état. Les troubles gastro-intestinaux réapparaissent. Cette fois, les douleurs ont une prédominance gastrique. Elles apparaissent, indépendamment des repas, aussi bien le jour que la nuit, sous forme de crises paroxystiques, durant une ou deux heures.

L'état général s'altère chaque jour davantage.

La fièvre s'allume oscillant, entre 38° et 39°, accompagnée de sueurs profuses. Au mois d'août, il est hospitalisé pendant une huitaine de jours. On soulève l'hypothèse d'une tuberculose évolutive que ne confirment ni la radiographie, ni l'examen bactériologique des crachats.

Cependant après sa sortie de l'hôpital, les troubles gastro-intestinaux s'améliorent au point qu'ils ont à l'heure actuelle complètement disparu.

Mais depuis trois semaines, sont apparues des arthralgies et des douleurs musculaires dans les membres sans signes objectifs sauf, au niveau du poignet gauche où l'on perçoit une tuméfaction douloureuse de la styloïde radiale. C'est pour ces douleurs et cette tuméfaction que le malade entre à l'hôpital.

A l'examen, on est frappé par l'anémie marquée avec décoloration des muqueuses, malgré la conservation de l'embonpoint. Température 38°5. Pouls 110, régulier, vibrant.

On constate au niveau de l'apophyse styloïde radiale une tuméfaction douloureuse du volume d'une olive.

La peau est rouge, chaude et la tuméfaction semble faire corps avec l'os. Cependant, les radiographies de face et de

profil ne décèlent aucune lésion osseuse. Toutes les autres articulations sont indemnes.

Cœur non hypertrophié, souffle diastolique dont le maximum est au niveau de l'appendice xiphoïde, souffle systolique aortique très discret, probablement extra-cardiaque. Pas d'induration des artères. Tension artérielle 19-10 à l'entrée, 15-9 le quatrième jour, 12-6 ultérieurement.

Rate non palpable. Foie débordant le rebord costal de quatre travers de doigt. Intégrité du système nerveux. Pupilles égales réagissant normalement. On constate un hippocratisme très accentué des doigts et des orteils. Pas de tuberculose ou de dilatation bronchique. Aucun antécédent personnel ou héréditaire digne de remarque. Pas de rhumatisme articulaire aigu. Pas de maladies infectieuses. Pas de syphilis.

Examen du sang. — Globules rouges 2.532.000, globules blancs 3.000, hémoglobine 70 %, polynucléaires 62, grands monos 24, moyens monos 12, lymphocytes 2, myélocytes 3 %.

Hémocultures : le 19 octobre, le 25 octobre, le 29 novembre, positives.

Identification : le tétragène.

En résumé. — Endocardite infectieuse à tétragènes dont l'évolution s'est prolongée huit mois. Ondulations remarquables de la courbe thermique. Trois hémocultures positives. Hippocratisme digital constaté à partir du cinquième mois.

CHAPITRE III

VALEUR SÉMIOLOGIQUE DE L'HIPPOCRATISME DIGITAL DANS LES ENDOCARDITES INFECTIEUSES

Les doigts hippocratiques sont signalés, avec une certaine fréquence dans les endocardites infectieuses, par les auteurs, ils sont recherchés, après le signe d'Osler, chez tout cardiaque fébricitant. Ils sont entrés dans la maladie de Jaccoud-Osler.

Dans les *Annales de médecine* 1925, Astra Calugareanu étudie l'endocardite à marche lente. Il a vu trente et un cas d'endocardite lente à la clinique, pendant deux ans.

Pour lui, l'endocardite à forme lente est un syndrome clinique caractérisé par une lésion valvulaire, hépato splénomégalie, néphrite hémorragique, fièvre, anémie, doigts hippocratiques et diathèse hémorragique.

Plus loin, à propos des doigts hippocratiques, il écrit : « Les cliniciens n'ont pas assez considéré ceux-ci comme caractéristiques de l'endocardite lente. C'est ce que nous voulons accentuer pour notre compte, car nous les avons trouvés dans 71 % des cas étudiés. »

« Les doigts hippocratiques, accompagnés d'autres signes cliniques, ont pour nous une valeur de diagnostique, surtout lorsque celui-ci est douteux. »

Suivant Thayer (*Archives des maladies du cœur*), 1926, les déformations digitales s'observeraient dans 42 % des endocardites lentes.

Dans le *Bulletin médical*, 1929, au cours d'un article intitulé : « Quelques considérations sur le diagnostic clinique et bactériologique des endocardites infectieuses secondaires à évolution lente par MM. Marchal et Joubert, on lit : « Nous avons noté chez la plupart de nos malades, l'hippocratisme digital des doigts sur lequel ont insisté Gallavardin et Hartziganu. Par contre, nous n'avons noté qu'une seule fois sur dix le signe des nodosités érythémateuses et douloureuses d'Osler très caractéristiques, mais dont la fréquence nous paraît avoir été singulièrement exagérée par la plupart des auteurs. »

M. Gallavardin, lui-même, au cours d'un article paru dans le *Lyon médical*, le 17 janvier 1928, reprend la question des rapports de l'endocardite et de l'hippocratisme digital.

Pour lui, comme précédemment, ce signe serait plus fréquent que le signe d'Osler, cependant classique. A ce sujet, il donne une observation qui a pour but de montrer que les déformations hippocratiques peuvent être le premier signe d'une endocardite à forme lente. Voici cette observation résumée.

C..., âgé de trente-trois ans, fit de 1924 à 1927 cinq séjours dans le service.

Malade atteint de cardiopathie valvulaire chez lequel les signes ne se modifièrent guère depuis la première auscultation jusqu'à la dernière. Porteur d'une lésion mitrale double avec insuffisance très prédominante et signes larvés de rétrécissement mitral.

Cette lésion était assez mal tolérée, provoquait une dyspnée d'effort assez intense, l'évolution de cette cardiopathie fut émaillée d'accidents divers pour lesquels le malade resta plusieurs mois à l'hôpital.

Le fait intéressant chez lui, est que, dès le premier séjour en novembre 1924, on posa la question de l'existence possible d'une endocardite infectieuse à marche lente à cause de la présence de belles déformations hippocratiques des doigts. En novembre 1924, une note dans l'observation signale l'existence, aux deux mains, de déformations en baguette de tambour avec incurvation de l'ongle, élargissement en spatule de la phalange, absolument typiques. Le malade ne pouvait dire à quelle époque, cette déformation qu'il n'avait pas remarquée, était apparue. Elle se maintint sans s'accroître pendant toute la durée de la maladie. Mais, à part ce signe, il n'existait vraiment aucun signe sur lequel on put asseoir un diagnostic ferme d'endocardite infectieuse.

Ce n'est que dans le dernier séjour du malade près de trois ans après la constatation des déformations de phalanges que le diagnostic d'endocardite infectieuse parut s'imposer : température élevée, grosse rate, anémie, présence d'entérocoques à la culture du sang.

Autopsie.— Cœur de 600 gr. Légère endocardite ancienne à l'orifice aortique. A l'orifice mitral lésions d'endocardite ancienne avec léger rétrécissement et rétraction des cordages. Sur ces lésions anciennes, s'est greffée une très belle endocardite végétante avec masses en choux-fleurs, saillantes et ayant inoculé le plancher de l'oreillette gauche.

Splénomégalie moyenne. Rien aux poumons. Pas de lésions tuberculeuses anciennes aux sommets.

En résumé. — Cardiopathie valvulaire mitrale avec tolérance moyenne et suivie pendant trois ans.

Durant les deux premières années, une belle déformation hippocratique des doigts fut le seul signe qui permit de soupçonner l'existence d'une endocardite infectieuse à forme lente, les signes classiques de cette endocardite ne s'étant montrés que quelques mois avant la mort.

A l'autopsie, grosses lésions d'endocardite végétante, greffées sur une endocardite ancienne.

M. Gallavardin ajoute que le développement des doigts hippocratiques chez un malade atteint de cardiopathie valvulaire, non congénitale, doit faire soupçonner le diagnostic d'endocardite infectieuse à forme lente, même en l'absence, parfois très prolongée, de tout autre signe de cette affection.

Voici un nouvel exemple de cardiopathie où la complication infectieuse ne se traduit cliniquement que par un seul signe, un léger degré d'hippocratisme digital.

Il s'agissait d'un Italien de trente ans, ancien rhuma-

tisant, entré dans le service de M. Gallavardin pour une poussée rhumatismale au niveau des tibio-tarsiennes et porteur d'une cardiopathie mitro-aortique. Le cas paraissait assez banal. On fut cependant frappé par l'existence d'un léger degré d'hippocratisme des doigts.

Malgré une minutieuse recherche, il fut impossible de mettre en évidence les signes classiques de l'endocardite infectieuse en particulier, pas de rate perceptible à la palpation et la température pendant les six jours que le malade resta dans le service n'atteignit qu'une fois 38°₂, chiffre qu'expliquait facilement la poussée fluxionnaire.

Une crise d'œdème aigu du poumon vint, inopinément emporter le malade et l'autopsie nous permit de voir les lésions anciennes des valvules aortiques, des végétations importantes au niveau de la commissure des deux valves antérieures avec ulcération du volume d'une petite noisette creusée sous l'antéro gauche.

La rate, bien qu'elle n'ait pas été perçue pendant la vie, était grosse et portait deux petits infarctus (Société médicale des hopitaux de Lyon, séance du 24 janvier 1928).

La complication infectieuse de cette cardiopathie ne s'est traduite cliniquement que par un seul signe, un léger degré d'hippocratisme des doigts qui permit à lui seul de soupçonner le diagnostic d'endocardite infectieuse.

La présence des doigts hippocratiques présente donc un certain intérêt pour le diagnostic d'une affection dont la symptomatologie peut être réduite au minimum.

Le signe d'Osler n'est pas fréquent, les signes cardiaques sont, en général effacés, l'infection et les troubles locaux résultant des embolies, sont au premier plan. Les localisa-

tions emboliques sont des plus variables suivant que l'affection a pour siège le cœur droit ou le cœur gauche. Le diagnostic peut rester hésitant. D'ailleurs, les embolies peuvent manquer, la splénomégalie faire défaut, l'hémoculture être négative ; comme dans l'exemple précédent, les signes de l'endocardite infectieuse n'apparaissent pas, on peut tenir compte de la présence des doigts hippocratiques et penser à l'endocardite infectieuse. ■

* * *

Nous pouvons insérer dans notre thèse, deux observations qui nous permettront de souligner la valeur qu'on peut accorder à ce signe de la déformation hippocratique des doigts, pour le diagnostic d'endocardite lente.

■
OBSERVATION III (résumée), recueillie dans le service de M. Harvier.

Le 7 avril 1928, pendant les vacances de Pâques, entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Harvier, un homme de quarante et un ans, envoyé par son médecin pour une lésion cardiaque, compliquée d'albuminurie.

On constatait, en effet, à l'examen, tous les signes cardiaques et périphériques d'une insuffisance aortique. Une tension 14-4, des urines nettement albumineuses. L'azotémie était à 0,52. On avait pensé à une néphro-aortite, probablement syphilitique et comme le malade présentait, en même temps, une déformation hippocratique des doigts, on avait discuté la possibilité d'une bronchectasie, en raison de la présence de râles humides disséminés aux deux bases

et d'un épisode bronchitique, survenu l'hiver précédent.

Procédant au retour des vacances, à l'examen du malade, il fut facile de rectifier le diagnostic à l'aide d'un certain nombre de particularités cliniques, dont précisément, l'hippocratisme digital.

On remarquait, en effet, le taux et l'aspect des urines qui n'étaient pas ceux d'une néphrite chronique. La quantité journalière des urines atteignait à peine un litre. Celles-ci étaient troubles, renfermaient une quantité d'albumine variant de 1 gr. 50 à 3 grammes.

On constatait, d'autre part, à l'auscultation du cœur, en dehors du souffle diastolique aortique, un petit souffle apexien, systolique et légèrement pialant. Le malade depuis son entrée présentait un léger état fébrile autour de 38°. La rate était nettement percevable. Enfin, l'absence d'expectoration, les signes de congestion banale des deux bases, ne permettait pas de retenir plus longtemps le diagnostic de bronchectasie. Par ailleurs, il n'existait aucun signe clinique ou humoral de syphilis.

Par contre, l'interrogatoire permettait de retrouver dans les antécédents du malade, une crise de rhumatisme articulaire subaigue apparue en 1920.

L'évolution confirma le diagnostic d'endocardite lente. Le malade succomba le 22 mai 1928 à la suite d'une hémorragie méningée. L'autopsie démontra l'existence d'une endocardite maligne mitro-aortique.

OBSERVATION IV. — Cette observation a été publiée dans la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 15 juin 1928, par MM. Lenoir, Baize et Boquien.

*Endocardite maligne simulant une néphrite hématurique.
Evolution apyrétique.*

Le nommé D..., trente-neuf ans, entre le 26 janvier 1920, salle Aran, pour douleurs lombaires et hématuries.

Le début des accidents remonte au mois de juin 1927. A cette époque apparaissent, après un refroidissement, des hématuries qui persistent malgré le repos et le régime lacté, avec alternatives d'augmentation et de diminution. Le malade accuse, en même temps, de l'asthénie et un amaigrissement (12 kilogrammes en un mois) qui le déterminent à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, où il fait un premier séjour, salle Chomel, du 19 juillet au 2 août 1927.

Il consulte en septembre dans un service spécialisé où l'on pratique diverses recherches (cystoscopie, cathétérisme urétral...) dont les résultats ne sont pas connus, mais à la suite desquelles, on lui fait une série d'injections de cyanure de mercure, sans amélioration notable.

Les hématuries deviennent plus fréquentes et plus abondantes, s'accompagnant de douleurs lombaires, d'œdème des membres inférieurs et de la face.

D... se décide alors à entrer dans le service, le 26 janvier 1928.

Dans les antécédents, on ne trouve ni rhumatisme articulaire aigu, ni scarlatine, ni rhino-pharyngite, mais seulement quelques bronchites hivernales.

De plus, il aurait eu, vingt ans auparavant, un chancre diagnostiqué mixte (bubon incisé, traitement par deux séries, l'une d'huile grise, l'autre de cyanure, à six mois d'intervalle).

Femme en bonne santé, pas de fausses couches.

Un enfant de cinq ans, bien portant.

A l'examen, on note, de la bouffissure du visage et la présence d'œdèmes à caractère rénal, infiltrant les membres inférieurs, la région lombaire. Pas d'ascite, météorisme abdominal accentué.

Le foie est gros, débordant de quatre travers de doigt les fausses côtes, douloureux à la palpation.

La rate n'est ni palpable, ni percutable.

L'examen des poumons révèle des râles humides disséminés dans toute l'étendue des deux champs pulmonaires. Il y a une expectoration muco-purulente mousseuse, sans bacille de Koch.

Les doigts présentent une déformation hippocratique des plus nettes.

L'examen du cœur montre la pointe abaissée et déviée en dehors, battant dans le 6^e espace, tachycardie avec quelques extrasystoles. On perçoit, à l'auscultation du foyer aortique un double souffle très net à timbre doux, ni rapeux, ni piaulant. Le pouls est bondissant, la tension artérielle 17-6 au Vaquez.

Le système nerveux paraît normal. Toutefois les pupilles réagissent paresseusement à la lumière. Les reins ne sont pas douloureux, ni accessibles à la palpation. Les urines émises en quantité normale un à deux litres par jour, sont rouge sombre, uniformément teintées. L'hématurie varie notablement d'un jour à l'autre et disparaît presque pendant huit jours, à la suite d'un traitement toni-cardiaque. L'albuminurie oscille entre deux et trois grammes par litre. Au microscope, en plus de nombreuses hématies, on note

quelques cylindres hyalins et granuleux, mais pas d'éléments microbiens. Urée sanguine 0 gr. 30.

L'état général est altéré, mais fait important, la température est normale, se maintenant entre 36°7 le matin et 37°5 le soir.

On pose le diagnostic de néphrite hématurique probablement syphilitique en raison des antécédents du malade et de sa double lésion aortique et malgré les résultats sérologiques, trois Wassermann pratiqués sur le sérum sanguin sont en effet négatifs.

Evolution. — Le malade est mis au régime lacté intégral et reçoit un traitement spécifique prudent par le cyanure de mercure. Mais on est obligé d'interrompre rapidement, le cyanure étant mal toléré (salivation diarrhée, augmentation de l'urée sanguine, 0 gr. 60 et de l'albuminurie). Le mercure est alors remplacé par l'acétylarsan, puis par le sulfarsénol qui ne donnent pas d'amélioration sensible.

Entre temps, les œdèmes augmentent, le poids du malade passe de 67 à 74 kilogrammes, en quelques jours.

L'albumine atteint de quatre à cinq grammes par litre, la diurèse se maintient entre un et deux litres, mais les hématuries sont plus abondantes que jamais. Seule, la digitale paraît amener une amélioration passagère.

A partir du 20 mars, les signes d'insuffisance rénale apparaissent : somnolence diurne, myosis, tendance à l'hypothermie 36° à 36°5, respiration de Cheyne-Stokes. L'azotémie est à 0 gr. 75, les œdèmes sont considérables, les urines se raréfient.

Des saignées répétées n'amènent qu'une rétrocession incomplète des symptômes urémiques, la dyspnée notam-

ment persiste et va en s'accroissant jusqu'à la fin, les vomissements se produisent.

Le 5 avril 1928, dix mois après le début des accidents, le malade hypothermique et gonflé d'œdèmes meurt, après avoir présenté une torpeur progressivement croissante.

Autopsie. — Les lésions les plus importantes portent sur le cœur et sur les reins.

Le cœur est très hypertrophié, 950 grammes, surtout au niveau du ventricule gauche. On trouve des lésions d'endocardite ulcéro-végétante typiques sur les orifices mitral et surtout aortique et sur l'endocarde pariétal adjacent. L'aorte est souple, mais sa face interne est largement athéromateuse au-dessus des sigmoïdes.

L'oreillette gauche est un peu dilatée, mais ses parois sont indemnes. Au microscope, les végétations d'endocardite présentent dans leur épaisseur quelques rares amas de cocci Gram positif.

Les reins sont gros, congestifs et se décortiquent aisément. La corticale se confond avec la médullaire. Il est impossible d'y trouver traces d'infarctus récents ou anciens. Les lésions histologiques sont-elles d'une néphrite subaiguë diffuse.

Par ailleurs, le foie est gros cardiaque.

Les poumons sont congestionnés.

La rate est petite, sans infarctus.

En résumé, il s'agit dans cette observation d'une endocardite maligne à marche lente ayant donné lieu cliniquement à une symptomatologie presque uniquement rénale, elle a évolué sans fièvre, sans

tuméfaction de la rate ni embolies cutanées, mais le malade présentait une déformation hippocratique des doigts dont on ne pouvait trouver l'explication dans aucune autre affection coexistante.

CONCLUSIONS

1^o Les doigts hippocratiques constatés par divers auteurs, à la suite de M. Gallavardin, dans l'endocardite infectieuse à marche lente du type Osler, existent aussi dans l'endocardite aiguë maligne du type Jaccoud et dans l'endocardite subaiguë provoquée par d'autres germes que le streptocoque.

Nous en avons fourni la preuve en rapportant deux observations dont l'une concerne une endocardite ulcéro-végétante ayant évolué en un mois au maximum, et dont l'autre concerne une endocardite à tétragènes vérifiée par trois hémocultures successives, dont l'évolution s'est prolongée pendant huit mois.

2^o Malgré son inconstance le signe qui nous intéresse n'est point à négliger chez un malade qui présente de la fièvre, car il peut éveiller l'idée d'une endocardite infectieuse.

Bien entendu, lorsque l'affection paraît avec des manifestations évidentes : fièvre, hémoculture positive, splénomégalie, éruptions cutanées, l'hippocratisme des doigts ne constitue qu'une particularité digne de remarque, il n'éclaire pas un diagnostic déjà certain ; mais dans les cas frustes d'endocardite, dans les cas où le diagnostic reste hésitant et

prête à discussion, dans les formes rénales, apyrétiques, quand la plupart des autres symptômes de l'affection font défaut, il acquiert une valeur sémilogique considérable.

Vu : le Président de la thèse,

P. CARNOT

Vu : le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Pigeaux*. — Archives de médecine, 1822.
- Trousseau*. — Journal des connaissances médico-chirurgicales.
1834.
- Esbach*. — Modification de la phalange. Thèse de Paris, 1876.
- Pierre Marie*. — Revue de médecine, janvier 1890.
- Besançon et de Jong*. — Archives générales de médecine, 1904.
- Béclère*. — Société médicale, des hôpitaux, 1901.
- Gallavardin et Laugeron*. — Société médicale des hôpitaux de
Lyon, 25 juin 1921.
- Molines*. — Thèse de Lyon, 1921.
- Martin et Boca*. — Lyon médical, 1922, page 343.
- Hatzieganu*. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 1923,
page 399.
- Boucher*. — Thèse de Paris, 1923.
- Bonnamour et Delore*. — Lyon médical, page 422.
- Gallavardin et Gravier*. — Lyon médical, 1928, page 620.
- Astra Calugareanu*. — Annales de médecine, 1925.
- Thayer*. — Archives des maladies de cœur, 1926.
- Gallavardin*. — Lyon médical, 17 janvier 1928, page 622.
- Marchal et Joubert*. — Bulletin médical, 1929.
- Gallavardin, Gravier et Ping*. — Société médicale des hôpitaux
de Lyon, séance du 24 janvier 1928, page 648.
- Lenoir, Baize et Boquieu*. — Société médicale des hôpitaux de
Paris, 15 juin 1928, page 1041.
- Lenoir et Baize*. — Presse médicale, 29 septembre 1928.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
Hippocratisme digital dans l'endocardite lente.....	11
Hippocratisme digital dans les endocardites aiguës non streptococciques.....	25
Valeur séméiologique de l'hippocratisme digital dans les endocardites infectieuses.....	31
CONCLUSION.....	43

1113. — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 45, rue Racine, Paris. — 12-30
